Original Article Open Access



Child Rights Journal

2023; 4(16): 13-24

Journal Homepage: http://childrightsjournal.ir

International ThinkTank of Human Dignity | The Iranian Association of Medical Law | The Iranian Association of Child Rights

The Operational Model of Integration of the Healthcare Programs in Child Rights Clinics

Frouzan Akrami[1], Ali Reza Zali[2], Mahmoud Abbasi[1]✷

1. The Medical Ethics and Legal Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Functional Neurosurgery Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Protecting children is a moral consideration and a legal obligation. This study aimed to provide an operational model for the integration of child and adolescent health care programs in child rights clinics (CRCs).

Method: In this qualitative study, a targeted search for laws and texts related to child/adolescent rights in domestic websites was conducted, using keywords including child/adolescent rights, child/adolescent friendly, or child/adolescent health. After reviewing the related laws and literature of child/adolescent friendly centers, the challenges faced by these centers were determined and the operational model was presented.

Results: A review of the literature shows the establishment of child and adolescent friendly centers and also adolescent health clubs by the Ministry of Health and Medical education with the support of international organizations since 2005, as well as CRCs by the scientific association and national authority of the Children's Rights Convention of the Ministry of Justice since 2015, in Iran. However, the activity of these centers has been stopped due to the cessation of international organizations support and the lack of strategies of inter-sectoral cooperation and community participation. Despite the government's position in protecting children and adolescents in accordance with the mainstream laws and documents and the continuation of the activities of CRCs based on Article 50 of the Executive Regulations of Article 6 of the Law on the Protection of Children and Adolescents, issues such as the lack of budget allocation and the need for free legal services , the lack of monitoring and accreditation unit, as well as the lack of a link between these clinics and healthcare centers for at-risk children and adolescents, are among the challenges facing these centers. Therefore, integrating healthcare programs for at-risk children and adolescents in the CRCs and providing them with counseling and legal assistance services can be an innovative and preventive solution to ensure their health and well-being.

Conclusion: Considering the suspension of the activity of children and adolescents health centers and clubs, and establishment of the approved structure of CRCs, the management of the challenges facing these clinics and the determination of cases of referrals and services that can be provided be them are recommended by the Supreme Council of Health and Food Security with the participation of representatives of partner organizations.

Keywords: Child; Adolescent; Health Care; Child Rights Clinic; Iranian Legal System

Corresponding Author: Mahmoud Abbasi; **Email:** dr.abbasi@sbmu.ac.ir

Received: September 30, 2022; **Accepted:** November 06, 2022

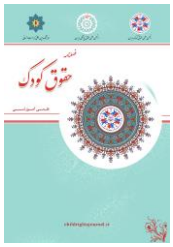
Please cite this article as:

Akrami F, Zali AR, Abbasi M. The Operational Model of Integration of the Healthcare Programs in Child Rights Clinics. Child Rights Journal. 2022; 4(15): 13-24.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-12]

This Open Access Article Distributed under the Terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License 4.0 (CC BY-NC 4.0)

مقاله پژوهشی | دسترسی آزاد



فصلنامه حقوق کودک

دوره چهارم، شماره شانزدهم، زمستان ۱۴۰۱، صفحات ۲۴-۱۳

Journal Homepage: http://childrightsjournal.ir

انجمن علمی حقوق کودک ایران | انجمن علمی حقوق پزشکی ایران | اندیشکده بین المللی کرامت انسانی

مدل عملیاتی ادغام برنامه‌های مراقبت سلامت در کلینیک‌های حقوق کودک

فروزان اکرمی[۱]، علیرضا زالی[۲]، محمود عباسی[۱*]

۱. مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. مرکز تحقیقات جراحی مغز و اعصاب عملکردی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: حمایت از کودکان یک ملاحظه اخلاقی و یک الزام حقوقی است. این مطالعه با هدف ارائه مدل عملیاتی ادغام برنامه‌های مراقبت سلامت کودک و نوجوان در کلینیک‌های حقوق کودک انجام شده است.

روش: در این مطالعه کیفی ابتدا جستجوی هدفمند قوانین و متون مرتبط با حقوق کودک/ نوجوان در وبگاه‌های داخلی با استفاده از واژگان کلیدی شامل حقوق کودک/ نوجوان یا دوستدار کودک/ نوجوان یا سلامت کودک/ نوجوان انجام شد. پس از مرور قوانین مرتبط و پیشینه مراکز حامی و دوستدار کودک/ نوجوان، چالش‌های پیش روی این مراکز تعیین و مدل عملیاتی ادغام برنامه‌های مراقبت سلامت در کلینیک‌های حقوق کودک ارائه گردید.

یافته‌ها: مرور پیشینه پژوهش نشان‌دهنده تأسیس ساختارهای مراکز دوستدار کودک و نوجوان و باشگاه‌های سلامت نوجوانان توسط وزارت بهداشت و درمان با حمایت سازمان‌های بین‌المللی از سال ۱۳۸۵ و نیز کلینیک‌های حقوق کودک توسط انجمن علمی و مرجع ملی کنوانسیون حقوق کودک وزارت دادگستری از سال ۱۳۹۵ تاکنون می‌باشد. فعالیت این مراکز به دلیل توقف حمایت سازمان‌های بین‌المللی و نیز عدم به کارگیری راهبردهای همکاری بین بخشی، جلب همکاری سازمان‌های ذی‌نفع و مشارکت جامعه متوقف گردیده است. علیرغم موضع دولت در حمایت از کودکان و نوجوانان مطابق با قوانین و اسناد بالادستی و تداوم فعالیت کلینیک‌های حقوق کودک بر اساس ماده ۵۰ آیین‌نامه اجرایی ماده ۶ قانون حمایت از اطفال و نوجوانان، مسائلی چون عدم تخصیص بودجه و لزوم رایگان‌بودن خدمات حقوقی، فقدان واحد پایش و اعتباربخشی و نیز عدم وجود حلقه اتصال بین این کلینیک‌ها و مراکز مراقبت سلامت از کودکان و نوجوانان در معرض خطر، از جمله چالش‌های پیش روی این مراکز هستند. از این رو ادغام برنامه‌های مراقبت سلامت کودکان و نوجوانان در معرض خطر در کلینیک‌های حقوق کودک و ارائه خدمات مشاوره و معاضدت حقوقی به آنان می‌تواند یک راهکار ابتکاری و پیشگیرانه برای تأمین سلامت و خوب‌زیستی آنان باشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به توقف فعالیت مراکز سلامت ویژه کودک و نوجوان و راه‌اندازی ساختار مصوب کلینیک‌های حقوق کودک، مدیریت چالش‌های پیش روی این کلینیک‌ها و تعیین موارد ارجاع و خدمات قابل ارائه در قالب کلینیک‌های حقوق کودک، توسط شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با مشارکت نمایندگان سازمان‌های شریک توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی: کودک؛ نوجوان؛ مراقبت سلامت؛ کلینیک حقوق کودک؛ نظام حقوقی ایران

نویسنده مسئول: محمود عباسی؛ **پست الکترونیک:** dr.abbasi@sbmu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۰۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۱/۰۸/۱۵

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Akrami F, Zali AR, Abbasi M. The Operational Model of Integration of the Healthcare Programs in Child Rights Clinics. Child Rights Journal. 2022; 4(15): 13-24.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-12]

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

مقدمه

در سال‌های اخیر پژوهشگران اخلاق زیستی در پاسخ به مسائلی مانند دسترسی همگانی به مراقبت سلامت و کاهش نابرابری‌های سلامت، توجه بیشتری به اصول عدالت اجتماعی نموده‌اند. کاربرد اصول و هنجارهای اخلاقی در حفظ و ارتقای سلامت و خوب‌زیستی جامعه و نیز حفاظت از حقوق فردی و نقش ابزاری قانون در دسترسی همگانی به مراقبت سلامت و کاهش نابرابری‌های سلامت به عنوان رسالت حقوق سلامت موجب پیوند علوم اخلاق زیستی و حقوق سلامت گردیده است (۱).

ظرفیت‌های تکاملی کودکان آن‌ها را در گروه‌های خاصی قرار می‌دهد که از نظر اخلاقی نیاز به حمایت دارند (۲). لزوم حمایت ویژه از کودکان در اعلامیه جهانی حقوق کودک ژنو (۱۹۲۴ م.) بیان شده و در ۲۰ نوامبر ۱۹۵۹ در اعلامیه حقوق کودک مجمع عمومی سازمان ملل به عنوان یک الزام حقوقی به تصویب رسیده است (۳). همچنین اعلامیه جهانی حقوق بشر، میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی، کنوانسیون بین‌المللی حقوق اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی و نیز کنوانسیون حقوق کودک سازمان ملل متحد (۱۹۸۹ م.)، حقوق مربوط به رفاه و خوب‌زیستی کودکان را به رسمیت شناخته‌اند.

کنوانسیون حقوق کودک سازمان ملل متحد (۱۹۸۹ م.)، اولین معاهده جهانی مختص ارتقای سلامت و خوب‌زیستی و حمایت کودکان است که به تصویب رسیده و مورد پذیرش جامعه جهانی قرار شده است. از نظر این کنوانسیون منظور از کودک شخص زیر سن ۱۸ سال است، مگر اینکه کبر سن (Majority) وی بر اساس قوانین کشورها زودتر تشخیص داده شود. این کنوانسیون چشم‌انداز جدیدی را برای توانمندسازی و حمایت از حقوق کودکان و اولویت‌بندی نیازهای آن‌ها در همه سطوح در سازمان ملل و سازمان‌های منطقه‌ای تعیین کرده است، به گونه‌ای که علاوه بر نیازهای اساسی و اولیه کودک نظیر تغذیه، مسکن و سرپناه، حقوقی مانند آزادی اندیشه، ابراز عقاید و برخورداری از بالاترین سطح سلامت و استانداردهای مناسب زندگی برای تکامل جسمی، ذهنی، روحی، اخلاقی و اجتماعی را مد نظر قرار داده است. کمیته حقوق کودک سازمان ملل از دولت‌ها می‌خواهد در ایفای تعهدات خود در خصوص کودکان، شرایط کودکی و ظرفیت‌های در حال تکامل کودکان را مد نظر قرار دهند (۴).

از آنجایی که حق کودک بر سلامت حقی فراگیر است و از زمان تولد و حتی پیش از تولد تا نوجوانی با چالش‌های مختلفی رو به رو است، علاوه بر اصول اساسی، اصول دیگری نیز ضمیمه می‌شود تا محتوای حق کودک بر سلامت کامل گردد. حق بر آموزش و دریافت اطلاعات، در امان‌ماندن از سوءاستفاده و بدرفتاری، منع رویه‌های زیانبار و تهدیدات دنیای دیجیتال از اصول خاص حاکم بر تعریف حق بر سلامت کودکان است. با این حال، علیرغم گذشت بیش از ۳۰ سال از تصویب کنوانسیون حقوق کودک، مطابق گزارش جهانی سال ۲۰۱۹، از هر ۴ کودک حدود ۱ نفر به دلیل فقر، بیماری، سوءاستفاده، ترک تحصیل و ازدواج زودهنگام، نمی‌توانند کودکی را تجربه کنند. اکثر این کودکان ساکن کشورهای در حال توسعه بوده و از شرایط زندگی سالم، تغذیه خوب، مراقبت‌های پزشکی، آموزش و فناوری که زندگی بسیاری از همسالان آن‌ها را در دو دهه اخیر بهبود بخشیده است، محروم هستند (۵).

نظر به احساس نیاز به حمایت از حقوق بشر، کلنیک‌های حقوقی (Law Clinics) در دانشگاه‌های جهان از ابتدای قرن بیستم تأسیس شده و آغاز به کار کردند. تفکر تشکیل کلینیک‌های حقوقی و آموزش عملی حمایت از حقوق شهروندی مشابه پزشکی بالینی در سال ۱۹۰۱

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-12]

توسط یک استاد روس‌تبار به نام الکساندر لیوبلینکی (Alexander Litvinenko) مطرح شده و از دهه ۱۹۳۰ در آمریکا نیز مطرح و در دهه ۱۹۵۰ عملی شد. در فاصله دهه‌های ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۰ (دهه فعالین حقوقی و جنبش‌های مدنی در آمریکا)، به منظور آموزش تجربی حقوق، ابتکار کلینیک‌های حقوقی در چارچوب دانشگاهی در ایالات متحده آمریکا گسترش یافت. در بسیاری از حوزه‌های قضایی آمریکا، به دانشجویان عضو کلینیک حقوقی اجازه فعالیت محدود حقوقی داده شد، در نتیجه ابتکار آموزش کلینیکی حقوق از موفق‌ترین و هیجان‌انگیزترین تجارب آموزش حقوق به شمار می‌رود (۶-۷).

کلینیک‌های حقوقی دانشگاهی توسط یک تیم حقوقی متشکل از وکلای دانشجو، کارآموزان مددکاری اجتماعی، وکلای ناظر و سایر کارکنان پشتیبانی مدیریت می‌شود. مددجویان این کلینیک‌ها افراد واقعی هستند که مشکلات حقوقی واقعی دارند. یکی از انواع کلینیک‌های حقوقی، کلینیک‌های حقوقی کودک است که خود دارای انواعی نظیر کلینیک حقوقی کودک و خانواده، کلینیک حقوق کودکان و نوجوانان و کلینیک حق بر سلامت کودک است. کلینیک حقوقی کودک و خانواده یک مرکز حقوقی است که در آن دانشجویان حقوق که در تیم‌های چند رشته‌ای کار می‌کنند، به نمایندگی از کودکان در دادرسی‌های حمایت از کودکان و بزرگسالان قربانیان خشونت خانگی فعالیت می‌کنند (۸).

محافظت از نوجوان در مقابل بیماری‌ها و آسیب‌هایی که ایجاد آن‌ها وابسته به عادات رفتاری و جنسی است، نظیر اچ‌آی‌وی و سرطان‌های شایع در سال‌های بعدی عمر، یک وظیفه اخلاقی و در عین حال یک الزام حقوقی است (۹). افزایش شیوع اچ‌آی‌وی و مرگ ناشی از ایدز در میان نوجوانان بزرگ‌تر در حال افزایش است، در حالی که میزان مرگ و میر در میان سایر گروه‌های سنی درحال کاهش است (۱۰). حمایت از حقوق سلامت این کودکان و نوجوانان نیازمند مراقبت ویژه، از طریق ارجاع موارد در معرض خطر توسط مراکز ارائه خدمات مراقبت سلامت، ادغام برنامه‌های سلامت در کلینیک‌های حقوق کودک را ایجاب می‌کند، لذا در این مطالعه پس از مروری بر سیاست‌ها، قوانین و ساختارهای خدمات مرتبط با حمایت از حقوق سلامت کودک و نوجوان، به معرفی مدل مشارکتی مبتنی بر جامعه، حقوقی ـ پزشکی پیشنهادی کلینیک‌های حقوق کودک می‌پردازیم.

روش

در این مطالعه کیفی ابتدا جستجوی هدفمند قوانین و متون مرتبط با حقوق کودک/ نوجوان در وبگاه‌های داخلی با استفاده از واژگان کلیدی شامل حقوق کودک/ نوجوان یا دوستدار کودک/ نوجوان یا سلامت کودک/ نوجوان انجام شد. پس از مرور قوانین مرتبط و پیشینه مراکز حامی و دوستدار کودک/ نوجوان، چالش‌های پیش روی این مراکز تعیین و مدل عملیاتی ادغام برنامه‌های سلامت در کلینیک‌های حقوق کودک ارائه گردید.

یافته‌ها

۱. پیشینه مراکز حامی کودک و نوجوان

۱-۱. مراکز دوستدار نوجوان: کلینیک‌های دوستدار نوجوان در سال ۱۳۸۵ (۲۰۰۶ م.) توسط معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با حمایت فنی و مالی یونیسف در کشور راه‌اندازی شدند. این مراکز خدمات آموزش و مشاوره سلامت باروری را به منظور توانمندسازی نوجوانان برای محافظت از خود در برابر ابتلا به اچ‌آی‌وی ارائه می‌دادند. متأسفانه در سال

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-12]

۱۳۸۹ (۲۰۱۱ م.) به دلیل توقف حمایت سازمان یونیسف و عدم ادغام فعالیت این مراکز در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) فعالیت این مراکز متوقف گردید. حرفه‌مندان ارائه‌دهنده خدمت در این مراکز را پزشکان، ماماها و روان‌شناسان تشکیل می‌دادند (۱۱). در ارزشیابی انجام‌شده وضعیت ۹ مرکز موجود ارائه‌دهنده خدمت به نوجوانان در شهرهای تهران، سمنان، چابهار، بم، فسا، اکثر مراجعه‌کنندگان از خدمات مراقبتی رضایت داشتند و آن را توصیه می‌کردند، اما از نظر احراز کمیت‌های فیزیکی مراکز دوستدار نوجوان متوسط و ضعیف بود (۱۲). همچنین ارزشیابی ۱۴ مرکز دوستدار نوجوان در شهرهای تهران، بندرعباس، بم، قشم، زاهدان، خرم‌آباد و مشهد، فقدان مکانیسم مشخص برای مشارکت ذی‌نفعان و تبلیغات و بازاریابی از سایر مشکلات فرایندی این مراکز را گزارش کرده‌اند.

۱-۲. باشگاه‌های سلامت نوجوانان: از حدود ۱۰ سال پیش، باشگاه‌های سلامت نوجوان به منظور پیشگیری از ابتلا به اچ‌آی‌وی با حمایت سازمان‌های بین‌المللی در تعدادی از شهرهای کشور با همکاری سازمان‌های مردم نهاد دایر شدند. گروه هدف اصلی این مراکز را نوجوانان در معرض خطر دارای تجربه رابطه جنسی و یا سوءمصرف مواد تشکیل می‌دادند. این باشگاه‌ها در مناطق محروم استان تهران به لحاظ اجتماعی ـ اقتصادی و برخی از شهرستان‌های کشور دایر شده و زیر نظر معاونت بهداشت دانشگاه‌های علوم پزشکی اداره می‌شدند. حرفه‌مندان ارائه‌دهنده خدمت در این مراکز را عمدتاً پزشکان، ماماها و روان‌شناسان و نیز مددکاران اجتماعی دارای تجربه کار با نوجوان تشکیل می‌دادند. تجربه این باشگاه‌ها نشان داد این نوجوانان به دلیل مواجهه با سایر مسائل و مشکلات فردی، خانوادگی و یا اجتماعی علاوه بر خدمات کلیدی سلامت باروری نیازمند به خدمات و مساعدت حقوقی می‌باشند، در حالی که حرفه‌مندان شاغل در این مراکز دوره آموزشی در خصوص موازین قانونی، اخلاق و حقوق حرفه‌ای را نگذرانیده بودند. از سوی دیگر نیاز به، به کارگیری راهبردهای همکاری بین بخشی و مشارکت جامعه و عدم جلب همکاری سازمان‌های ذی‌نفع از جمله بهزیستی موجب توقف فعالیت این مراکز در سال گذشته گردید، لذا در گام بعدی ارائه خدمت به نوجوانان در معرض خطر در خدمات مراکز بیماری‌های رفتاری (کلینیک‌های مثلثی، مشاوره و تست داوطلبانه) ادغام گردید. با این حال به دلیل شرایط خاص این نوجوانان، نیاز آنان به خدمات حقوقی همچنان یک چالش اساسی است.

۱-۳. کلینیک‌های حقوق کودک: کلینیک‌های حقوق کودک نهادهای غیر انتفاعی، غیر سیاسی و مردم‌نهاد و در عین حال علمی هستند که در راستای عمل به وظایف اجتماعی جامعه علمی و مدنی با هدف حمایت از حقوق کودکان دایر شده‌اند. هدف این کلینیک‌ها افزایش آگاهی‌های حقوقی کودکان و خانواده‌های آنان، دسترسی همگانی به خدمات مشاوره‌ای حقوقی رایگان، معاضدت حقوقی و در صورت لزوم ارجاع کودکان نیازمند به سازمان‌ها و نهادهای ذی‌ربط می‌باشد. اولین کلینیک حقوق کودک کشور در سال ۱۳۹۴ در شهر یزد توسط دکتر محمود عباسی در سمت مرجع ملی کنواسیون حقوق کودک و رییس انجمن علمی حقوق کودک راه‌اندازی شد. تاکنون ۵۰ کلینیک حقوق کودک زیر نظر انجمن علمی حقوق کودک در سراسر کشور راه‌اندازی شده است. مبنای کار این کلینیک‌ها آیین‌نامه اجرایی کلینیک‌های حقوق کودک است که توسط هیأت مدیره انجمن علمی حقوق کودک به تصویب رسیده است. در این کلینیک‌ها خدمات مشاوره حقوقی، روان‌شناسی و مددکاری به کودکان و خانواده‌های آنان ارائه می‌گردد. در

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-12]

نظام دانشگاهی کشور نیز، دانشگاه مفید قم، شهید بهشتی، فردوسی مشهد، میبد، مراغه، ابن سینا، خوارزمی، شهید چمران اهواز و دانشگاه آزاد اسلامی واحد دامغان و بندر عباس و... کلینیک‌های حقوقی را جهت ارتباط بدنه دانشگاهی با جامعه و ارائه خدمات با کیفیت حقوقی به قشرهای مختلف مردم و بخش‌های مختلف بخش خصوصی، عمومی و دولتی، مدیریت و سازماندهی خدمات آموزشی و پژوهشی حقوقی به دانشجویان و مؤسسات و نهادهای مختلف، تأسیس نموده‌اند.

به منظور حاکمیت قانون از طریق آموزش و خدمات داوطلبانه حقوقی با هدف مساعدت به تمامی کودکان و خانواده‌های آنان و نیز کسانی که با آنان در ارتباط هستند و همیاری در تأمین سلامت حقوقی جامعه به ویژه از طریق ارائه خدمات و معاضدت‌های حقوقی و در اجرای تبصره ۲ ماده ۵۰ آیین‌نامه اجرایی ماده ۶ قانون حمایت از اطفال و نوجوانان مصوب ۲۳ اردیبهشت‌ماه سال ۱۳۹۹، ساختار و آیین‌نامه کلینیک‌های حقوق کودک به تصویب رسید. مطابق آیین‌نامه کلینیک‌های حقوق کودک، مصوب ۱۴۰۰/۵/۵ شورای هماهنگی مرجع ملی کنوانسیون حقوق کودک، دبیر مجمع ملی کنوانسیون حقوق کودک به عنوان رییس کمیته راهبردی کلینیک‌های حقوق کودک، نماینده سازمان بهزیستی در شورای هماهنگی مرجع ملی حقوق کودک به عنوان نایب رییس و مدیرکل دبیرخانه مرجع ملی به عنوان دبیر کمیته از سوی وزیر دادگستری به این سمت منصوب می‌گردند. اعضای این کمیته متشکل از پنج عضو مشتمل بر رییس، نایب رییس، دبیر و دو نفر به پیشنهاد دبیر مرجع ملی از میان اعضای شورای هماهنگی، صاحب‌نظران حقوقی و اساتید دانشگاه‌ها و با ابلاغ وزیر دادگستری منصوب می‌شوند.

این کلینیک‌ها در مراکز استان و شهرستان‌ها زیر نظر استانداری و فرمانداری به عنوان مراجع متناظر استانی و شهرستانی حقوق کودک تأسیس شده و فعالیت می‌کنند. مسئولیت راهبری و نظارت بر فعالیت کلینیک‌ها در استان‌ها و شهرستان‌ها بر عهده کمیته راهبردی استانی یا شهرستانی حقوق کودک می‌باشد که زیر نظر استاندار یا فرماندار تشکیل می‌شوند. این کلینیک‌ها مجاز به مداخله در وظایف قانونی سایر دستگاه‌ها و سازمان‌ها نیستند. در هر مورد که وضعیت مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌ها مرتبط با شرح وظایف یکی از دستگاه‌های اجرایی یا قضایی باشد یا شواهد دلالت بر ضرورت ارجاع به یکی از این دستگاه‌ها داشته باشد، مورد بایستی از طریق کمیته راهبردی یا مراجع متناظر استانی و شهرستانی به دستگاه مربوطه ارجاع گردد. هیأت مدیره این کلینیک‌ها متشکل از حداقل سه نفر مشتمل بر یک نفر رییس که باید از میان اعضای هیأت علمی یا مدرسان دانشکده‌های حقوق باشد، یک نفر نایب رییس و یک نفر دبیر می‌باشد. صدور پروانه فعالیت و انتصاب افراد به عضویت در کلینیک‌ها با پیشنهاد مرجع متناظر استانی و شهرستانی پس از تصویب کمیته راهبردی کلینیک‌های حقوق کودک صورت می‌پذیرد. این کلینیک‌ها می‌توانند از همکاری دانشجویان و کارآموزان وکالت به عنوان مشاور بهره ببرند (۱۳).

ایران از جمله کشورهایی است که فاقد مقرراتی برای دسترسی نوجوانان در معرض خطر به خدمات کلیدی سلامت باروری بوده و تنها دارای مقررات برنامه کاهش آسیب برای مصرف‌کنندگان مواد می‌باشد. با این حال، در سال‌های اخیر قوانین و مقررات متعددی برای حمایت از کودکان و نوجوانان در کشور وضع شده است که در زیر به طور مختصر به مرور و شرح آن می‌پردازیم.

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-12]

ـ مروری بر قوانین حمایت از کودک و نوجوان: قانون اجازه الحاق دولت جمهوری اسلامی ایران به کنوانسیون حقوق کودک، قانون الحاق دولت به پروتکل اختیاری کنوانسیون حقوق کودک در خصوص فروش، فحشا و هرزه‌نگاری کودکان، منشور ملی حقوق کودک، قانون حمایت از اطفال و نوجوانان و نیز سند ملی حقوق کودک که در سال‌های اخیر تدوین و تصویب شده‌اند، بر تعهد کشور به حمایت از حقوق کودکان، صرف نظر از هرگونه تبعیض، تربیت و رشد و تکامل همه‌جانبه وی در خانواده، از دوره طفولیت و حتی پیش از بارداری، بارداری و شیردهی و برخورداری آنان از آموزش اولیه رایگان، پوشش بیمه کار و سلامت، مراقبت‌های سلامت و پزشکی و تأمین اجتماعی دلالت دارند.

مطابق قانون حمایت از اطفال و نوجوانان، فردی که به سن بلوغ شرعی نرسیده است، طفل و افراد در محدوده سنی بلوغ شرعی تا ۱۸ سال تمام نوجوان در نظر گرفته می‌شوند. در سند ملی حقوق کودک و نوجوان، منظور از کودک هر انسانی است که به سن بلوغ نرسیده باشد و منظور از نوجوان فرد بالغی است که بر اساس قانون، رشد عقلی او متناسب با حق و تکلیف ویژه وی نیست.

ماده ۴ منشور حقوق شهروندی کشور به «حق کودکان از برخورداری از حمایت‌های اجتماعی مناسب، از جمله در حوزه سلامت، مراقبت در مقابل بیماری‌های روحی، روانی و جسمانی و خدمات بهداشتی و درمانی، صرف نظر از جنسیت، تبعیض، آزار و بهره‌کشی» اشاره دارد (۱۴).

قانون حمایت از اطفال و نوجوانان، جامع‌ترین قانون درباره حقوق اطفال و نوجوانان با رویکرد پیشگیری و حمایتی از طریق مداخله به موقع در موارد مخاطره‌آمیز برای پیشگیری یا کاهش آسیب به کودکان و نوجوانان در معرض خطر است که در تاریخ ۱۳۹۹/۲/۲۳توسط مجلس شورای اسلامی تصویب شد (۱۵). محتوای این قانون، از یکسو تعیین‌کننده مسئولیت‌های والدین/ سرپرستان و سایر افراد جامعه نسبت به کودکان و نوجوانان و تأمین نیازهای اساسی، حضانت، قیمومت و تربیت طفل و نوجوان و منع بزه‌دیدگی، بهره‌کشی اقتصادی، فحشا و هرزه‌نگاری آن‌ها را دربر گرفته و از سوی دیگر مسئولیت نقض قوانین جزایی توسط طفل یا ارتکاب جرم توسط نوجوان و یا استفاده از نوجوان در فعالیت‌های مجرمانه را دربر می‌گیرد. مطابق این قانون، مداخله فوری در صورت آسیب یا تهدید جدی سلامت جسمی یا روانی طفل و نوجوان ضرورت دارد. در ماده ۳ این قانون، مصادیق وضعیت مخاطره‌آمیز شامل «مواردی که طفل یا نوجوان را در معرض بزه‌دیدگی یا آسیب به سلامت جسمی، روانی، اجتماعی، اخلاقی، امنیت و یا وضعیت آموزشی وی قرار داده و مداخله و حمایت قانونی را ایجاب می‌کند»، به شرح زیر آورده شده است: «بازماندن طفل و نوجوان از تحصیل، کم‌توانی جسمی یا ذهنی طفل و نوجوان، ابتلای وی به بیماری‌های خاص یا اختلال هویت جنسی، نقض قوانین جزائی توسط طفل یا ارتکاب جرم توسط نوجوان و یا استفاده از وی در فعالیت‌های مجرمانه، واردشدن یا واردکردن طفل و نوجوان در فعالیت‌هایی نظیر تکدی‌گری و قاچاق و همچنین اعتیاد آنان به مواد مخدر، روانگردان یا مشروبات الکلی، هرگونه وضعیت زیانبار ناشی از فقر شدید، آوارگی، پناهندگی، مهاجرت یا بی‌تابعیتی، فرار مکرر از خانه یا مدرسه و ترک تحصیل.»

بنا به ماده ۶ این قانون، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف به انجام اقدامات زیر شده است: «تدوین دستورالعمل‌های بهداشت کار و مراقبت پزشکی برای انطباق شرایط کار نوجوانان با استانداردهای لازم، پذیرش و درمان فوری اطفال و نوجوانان آسیب‌دیده در تمام مراکز بهداشتی ـ درمانی همراه با ارسال گزارش موارد مشکوک به آزار به مراجع قضایی و بهزیستی و پوشش

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-12]

کامل بیمه سلامت برای تمام اطفال و نوجوانان ساکن ایران.»

هیأت وزیران در جلسه ۱۴۰۰/۳/۳۰ به پیشنهاد شماره ۱۷۳۵۲۵ مورخ ۱۳۹۹/۹/۲۶ وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و به استناد ماده ۶ قانون حمایت از اطفال و نوجوانان، مصوب ۱۳۹۹ آیین‌نامه اجرایی ماده ۶ این قانون را تصویب کرد. مطابق ماده ۲ این آیین‌نامه اجرایی، دستیابی به اهداف ماده ۶ قانون، مستلزم احترام به کرامت ذاتی و رفتار برابر و بدون تبعیض، تضمین بقا، رشد، امنیت و ارتقای سلامت همه‌جانبه، و اولویت مصلحت و غبطه طفل و نوجوان در معرض خطر یا بزه‌دیده (قربانی) و نیز حفظ حریم خصوصی او و خانواده وی می‌باشد.

مطابق ماده ۳ این آیین‌نامه، مسئولیت اصلی حمایت از اطفال و نوجوانان در معرض خطر و بزه‌دیده بر عهده سازمان بهزیستی است و این سازمان مکلف است با مشارکت و همکاری تمامی دستگاه‌های اجرایی موضوع ماده ۵ قانون مدیریت خدمات کشوری (مصوب ۱۳۸۶ ش.) به ویژه دستگاه‌های مقرر در ماده ۶ قانون و همچنین سایر نهادهای حمایتی و با استفاده از مددکاران اجتماعی و در قالب گروه‌های تخصصی سیار یا مستقر فوریت‌های خدمات اجتماعی نسبت به شناسایی، پذیرش، حمایت، نگهداری و توانمندسازی اطفال و نوجوانان موضوع قانون اقدام کند. مطابق ماده ۵۰ این آیین‌نامه، هماهنگی و نظارت بر حسن اجرای این آیین‌نامه در سطح ملی بر عهده مرجع ملی حقوق کودک و در سطح استان‌ها بر عهده کارگروه فرهنگی، اجتماعی، زنان و خانواده و سلامت به عنوان مرجع متناظر استانی حمایت از کودک می‌باشد و مطابق تبصره ۲ ماده ۵۰ این آیین‌نامه، به منظور اجرای تکالیف مقرر در این آیین‌نامه در خصوص آموزش و ترویج حقوق کودک و مشاوره و معاضدت حقوقی، مرجع ملی حقوق کودک از طریق ایجاد مجموعه خدمات (کلینیک‌های) حقوق کودک با هماهنگی سازمان بهزیستی اقدام می‌نماید.

ـ تحلیل: کنوانسیون حقوق کودک اولین چارچوبی است که برای حمایت از کودکان و ارتقای سلامت و رفاه آن‌ها مصوب شد. کشورهایی که حقوق بشر را در سیاست‌های خود نادیده می‌گیرند، بی‌عدالتی‌ها و رفتارهای غیر انسانی زیادی را تجربه کرده‌اند، اگرچه کنوانسیون حقوق کودک به عنوان حداقل استانداردهای بین‌المللی برای رفتار با کودکان به رسمیت شناخته شده است، اما به تنهایی چارچوب جامعی برای حمایت و رفاه کودکان ارائه نمی‌دهد. با توجه به بافتار فرهنگی ـ اجتماعی متفاوتی که کودکان در آن زندگی می‌کنند، برخی کشورها پذیرش مواد کنوانسیون حقوق کودک را مشروط به اصول قضایی خود نموده‌اند. از این رو ما یک چارچوب مفهومی شامل هنجارهای حقوق بشری و استحقاق‌های اخلاقی را برای اطمینان از تأمین تعیین‌کننده‌های خوب‌زیستی، نه صرفاً تعیین‌کننده‌های سلامت و کاهش نابرابری به عنوان یک موضوع عدالت اجتماعی، فراتر از سلامت و تکامل کودک پیشنهاد نمودیم. حمایت و خوب‌زیستی کودکان مستلزم درک وسیع جنبه‌های تکامل و بافتار اجتماعی ـ فرهنگی است که در آن زندگی می‌کنند و بزرگ می‌شوند. همچنین بسیج سرمایه‌های فرهنگی و پاسخگویی نهادهای اجتماعی و سازمان‌های مسئول هر جامعه، در چارچوب یک جامعه آینده‌نگر و عادل است که حقوق کودک به اندازه کافی حمایت می‌شود، قابلیت‌های اصلی پدیدار می‌شود و خوب‌زیستی با فراهم‌کردن ابزارها و ابعاد کافی به فعلیت می‌رسد. برای اجرای چارچوب پیشنهادی، هر کشور باید چارچوب اقدام ملی را طراحی و نقش و وظایف سازمان‌های مسئول را تعیین کند. کلینیک‌های حقوق کودک یک ظرفیت مناسب و مهیا برای حمایت از

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-12]

حقوق کودکان و تأمین خوب‌زیستی آن‌ها ذیل چارچوب پیشنهادی با رویکرد پیشگیرانه است (۱۶).

کودکان کار، کودکان خیابانی، کودکان یتیم ناشی از اچ‌آی‌وی/ ایدز و بسیاری دیگر در شرایط سخت نیاز به محافظت و مراقبت ویژه دارند. وجود شواهدی مبنی بر اینکه کودک/ نوجوان به دلیل سوءاستفاده، غفلت، بهره‌کشی و خشونت از بدرفتاری رنج می‌برد که به سلامت یا تکامل وی آسیب می‌رساند، نشان‌دهنده آن است که کودک باید مورد حمایت قرار گیرد و مداخله مناسب برای جلوگیری از آسیب ضرورت دارد، زیرا آسیب بر خوب‌زیستی کودک تأثیر می گذارد و آن را تضعیف می‌کند (۱۷).

مطالعه پیشینه مراکز ارائه‌دهنده خدمات مراقبت سلامت ویژه نوجوانان نشان می‌دهد که هدف غایی این مراکز پیشگیری از ابتلای نوجوانان به اچ‌آی‌وی بوده است که با عمدتاً با ملاحظات اخلاقی چگونگی رضایت و محرمانگی همراه است. به همین دلیل، علاوه بر ارائه یک چارچوب اخلاق زیستی برای دسترسی نوجوانان در معرض خطر به خدمات کلیدی سلامت باروری بر اساس اصول اخلاقی و حقوقی، دسترسی آنان به این خدمات پیشگیرانه را بر اساس اصول اخلاق زیست‌پزشکی اسلامی استدلال نمودیم (۱۸). با این حال، ارزشیابی عملکرد این مراکز دلالت بر آن دارد که نوجوانان در معرض خطر دچار مسائل متعدد دیگر سلامتی، از جمله خشونت و مصرف مواد و نیز مسائل عدیده حقوقی می‌باشند که نیاز به حمایت و معاضدت حقوقی دارد.

همانطور که پیش از این اشاره شد، فعالیت مراکز و باشگاه‌های سلامت نوجوانان به دلیل توقف حمایت سازمان‌های بین‌المللی و عدم امکان ادغام خدمات این مراکز در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) و نیز عدم به کارگیری راهبردهای همکاری بین بخشی، جلب همکاری سازمان‌های ذی‌نفع و مشارکت جامعه متوقف گردیده است. از آن رو که کاهش نابرابری‌های سلامت و بهبود پیامدهای سلامت و خوب‌زیستی این نوجوانان به عنوان یکی از شاخص‌های عدالت در سلامت در گروی به کارگیری راهبردهای همکاری بین بخشی و مشارکت جامعه و مد نظر قراردادن تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت است، تقویت و توسعه کلینیک‌های حقوق کودک و اتصال این کلینیک‌ها با مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت به کودکان و نوجوانان در معرض خطر یا قربانی، یک ابتکار پیشگیرانه و کاربردی برای حمایت از این کودکان و تأمین خوب‌زیستی آن‌ها به شمار می‌آید. از این رو، راه‌اندازی ساختار مصوب کلینیک‌های حقوق کودک توسط انجمن علمی و مرجع ملی کنوانسیون حقوق کودک، مدیریت چالش‌های پیش روی این کلینیک‌ها و تعیین موارد قابل ارجاع و خدمات قابل ارائه توسط کلینیک‌های حقوق کودک، توسط شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با مشارکت نمایندگان سازمان‌های ذی‌نفع پیشنهاد می‌گردد.

۴. مدل عملیاتی ادغام برنامه‌های مراقبت سلامت کودکان و نوجوانان در بافتار کلینیک‌های حقوق کودک

کلینیک‌های حقوق کودک یکی از انواع کلینیک‌های حقوق شهروندی است که هدف آن حمایت از حقوق کودک و نوجوان است. وظایف این کلینیک‌ها آموزش و ترویج حقوق کودک، مشاوره و معاضدت حقوقی، مشاوره روان‌شناختی و مددکاری اجتماعی و مدیریت سایر آسیب‌هایی است که کودکان را تهدید می‌کند. همچنین پیشگیری از وقوع جرم و حمایت همه‌جانبه از کودکان قربانی از دیگر اهداف مهم این مراکز است.

بررسی اهداف این کلینیک‌ها نشان می‌دهد، آموزش، پژوهش، خدمات مشاوره‌ای و اقدامات اجرایی از اصلی‌ترین

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-12]

کارکردهای آنان است، البته مسائلی چون عدم تخصیص بودجه و لزوم رایگان‌بودن خدمات حقوقی، عدم مشارکت کودکان در تصمیم‌گیری‌های مربوط به خودشان، فقدان واحد پایش و اعتباربخشی و نیز عدم وجود حلقه اتصال بین این کلینیک‌ها و مراکزی که خدمات مراقبت سلامت را به کودکان و نوجوانان در معرض خطر ارائه می‌دهند، از جمله چالش‌های پیش‌روی این مراکز هستند.

کلینیک‌های حقوق کودک بستری مناسب برای ارائه خدمات حقوقی به کودکان و نوجوانان در معرض خطر می‌باشند. به ویژه هنگامی که این گروه نیازمند حمایت ویژه و دریافت خدمات مراقبتی بدون رضایت والدین هستند. محققین معتقدند آنچه می‌تواند ضامن اجرای مؤثر حقوق کودک باشد، همکاری واقعی نهادهای متولی با نهادهای مدنی است. نگاه چندبعدی به آسیب‌های حوزه کودک، ایجاد نگرش جدید وکلا و قضات به مسأله بزه‌دیدگی و بزه‌کاری کودکان و اعمال عدالت ترمیمی، آموزش و ترویج حقوق کودک به کودکان، والدین و مربیان، فرهنگ‌سازی ورود قوانین به بستر اجتماع و ایجاد نگرش اجتماعی نسبت به حقوق کودکان، بایستی در افق اقدامات کلینیک‌های حقوق کودک قرار گیرد (۷).

کلینیک‌های حقوق کودک، نهادهای غیر انتفاعی، غیر سیاسی و مردم‌نهاد هستند که در راستای عمل به وظایف اجتماعی جامعه علمی و مدنی به منظور تأمین سلامت و خوب‌زیستی کودکان از طریق دسترسی آنان به اطلاعات حقوقی و خدمات مشاوره‌ای و مساعدت حقوقی رایگان تأسیس می‌شوند. آنچه سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی این کلینیک‌ها را از مراکز دوستدار کودک و نوجوان و باشگاه‌های سلامت نوجوانان متمایز می‌سازد، راهبری و مدیریت مشارکتی آن در سطح کلان توسط نمایندگان وزارت‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دادگستری، بهزیستی، وانجمن علمی حقوق کودک است. هدف اصلی این کلینیک‌ها حمایت از کودکان و نوجوانان در معرض خطر است. به منظور تعیین خط مشی‌ها، سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، راهبری، نظارت و هماهنگی امور این کلینیک‌ها، کمیته راهبردی مشارکتی مبتنی بر وظایف زیر در مرجع ملی کنوانسیون حقوق کودک تشکیل شده است:

ـ سیاستگذاری و برنامه‌ریزی برای تحقق اهداف این کلینیک‌ها.

ـ ثبت، پایش و ارزشیابی شاخص‌های عملکرد کلینیک‌ها.

ـ بازنگری فرایندهای اجرایی.

این کلینیک‌ها در مراکز استان و شهرستان‌ها تأسیس شده و نظارت بر فعالیت و عملکرد این کلینیک‌ها بر عهده کمیته نظارت می‌باشد. اعضای هیأت علمی و غیر هیأت علمی به شرط مطالعه یا تجربه کار با کودک و نوجوانان، مطابق آیین‌نامه تأسیس این کلینیک‌ها، می‌توانند این کلینیک‌ها را تأسیس و مدیریت کنند.

این کلینیک‌ها می‌توانند مشاوره و مساعدت حقوقی لازم را به کودکان و نوجوانان با نیازهای ویژه آموزشی و موارد در معرض خطر مانند نوجوانان در معرض خطر و قربانی که توسط مراکز بیماری‌های رفتاری (کلینک‌های مثلثی) به این کلینیک‌ها ارجاع می‌گردند و دارای معضلات و مسائل حقوقی خاص خود می‌باشند، ارائه نمایند. نکته مهم اینکه، باتوجه به خلأ وجود دادگاه‌های سلامت در کشور ایران برخلاف کشورهایی مانند هلند، اجرای این طرح می‌تواند زمینه و تجربه لازم برای مشارکت کلینیک‌های حقوق کودک در ارائه خدمات حقوقی به سایر کودکان نیازمند مراقبت‌های سلامت و حمایت ویژه و خانواده‌های آنان از دوره نوزادی (و حتی پیش از تولد) تا سن ۱۸ سال تمام فراهم نماید.

گروه ارائه‌دهنده خدمت در این کلینیک‌ها می‌تواند متشکل از یک نفر حقوقدان، یک نفر کارشناس ارشد روان‌شناس

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-12]

بالینی و یک نفر کارشناس مددکار اجتماعی و... باشد. این افراد بایستی ترجیحاً دارای سابقه کار با کودک بوده و دوره‌های آموزشی مرتبط گذرانیده و گواهی معتبر دریافت نمایند.

همچنین دانشجویان حقوق در قالب تیم‌های دو نفره می‌توانند زیر نظر اساتید با موارد واقعی کار کنند. یک مددکار اجتماعی به طور چرخشی با این گروه‌ها کار می‌کند. نقش مددکار اجتماعی، کمک به دانشجویان حقوق با به کارگیری راهبرد دادرسی مددجو ـ محور به عنوان بخشی از تیم حقوقی، از طریق ارائه اطلاعات و بینش در مورد توانایی درک هدف دادرسی حقوقی، توانایی برقراری ارتباط مؤثر، توانایی برای ادامه دادخواهی مورد منازعه، درک سلامت روانی احتمالی و نظریه‌های روان‌شناختی، اجتماعی یا فرهنگی/ منطقی برای رفتار مددجو است. کارآموزان مددکاری اجتماعی با دانشجویان حقوق همکاری می‌کنند و سوابق محرمانه مددجویان را به عنوان بخشی از کل پرونده حقوقی محرمانه نگهداری می‌کنند. از مراجعان خواسته می‌شود تا رضایت داوطلبانه و آگاهانه را برای مشارکت کارآموزان مددکاری اجتماعی در پرونده خود ارائه دهند.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به توقف فعالیت مراکز سلامت ویژه کودک و نوجوان و راه‌اندازی ساختار مصوب کلینیک‌های حقوق کودک توسط انجمن علمی و مرجع ملی کنوانسیون حقوق کودک، مدیریت چالش‌های پیش روی این کلینیک‌ها و تعیین موارد قابل ارجاع و نیز خدمات قابل ارائه در قالب کلینیک‌های حقوق کودک، توسط شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با مشارکت نمایندگان سازمان‌های ذی‌نفع توصیه می‌گردد. این کلینیک‌ها می‌توانند به صورت مؤسسات مردم‌نهاد یا وابسته به مراکز دانشگاهی به عنوان یکی از نمادهای دانشگاه نسل سوم راه‌اندازی شده و فعالیت کنند.

لازم به ذکر است مقاله حاضر مدل پیشنهادی حاصل پروژه پسادکتری فروزان اکرمی، دکتری اخلاق پزشکی و دانش‌پژوه پسادکتری مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به راهنمایی اساتید آقایان دکتر علیرضا زالی و دکتر محمود عباسی است.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-12]

References

1. Gostin LO, Wiley LF. Public health law and ethics. The hastings Center. 2015; Available at: https://www.thehastingscenter.org/briefingbook/public-health/.

2. Merlo DF, Knudsen LE, Matusiewicz K, Niebroj L, Vähäkangas K. Ethics in studies on children and environmental health. Journal of Medical Ethics. 2007; 33(7): 408-413.

3. Moody Z. The United Nations Declaration of the Rights of the Child (1959): Genesis, transformation and dissemination of a treaty (re) constituting a transnational cause. Prospects (00331538). 2015; 45(1): 15-29.

4. United Nations General Assembly. Convention on the Rights of the Child. United Nations, Treaty Series; 1989.

5. Geoghegan T. Global Childhood Report 2019: Changing lives in our lifetime. Global Childhood Report. [Internet]. 2019. Available at: https://www.savethechildren.org/content/dam/usa/reports/advocacy/global-childhood-report-2019-pdf.pdf.

6. Abbasi M. Citizenship Rights Clinics. Tehran: Hoghoghi Publication; 2016. [Persian]

7. Abbasi M, Mirbod L. Legal Clinics; Desirable Mechanism for Protection and Substantiation of Children's Rights. Child Rights Journal. 2021; 2(8): 11-46. [Persian]

8. Child and Family Law Clinic: Prerequisites and what to expect (Memorandum). [Internet]. 2022. Available at: https://law.arizona.edu/sites/default/files/FamilyLawClinicPrerequisitesandwhattoexpect.pdf.

9. World Health Organization. Adolescent friendly health services: An agenda for change. Geneva: World Health Organization; 2003.

10. Hajilari M, Oladnabi M, Kianmehr A, Taziki MH, Zamiri Abdollahi F. Hereditary Hearing Loss and Consanguinity in Turkmen Population of Iran: A Retrospective Study. International Journal of Pediatrics-Mashhad. 2019; **7**(11): 10323-10334.

11. UNICEF. Adolescent Friendly Services in the Islamic Republic of Iran Promoting Partnerships for HIV Prevention. Tehran: UNICEF; 2013. [Persian]

12. Ramezanzadeh F, Haghollahi F, Shariat M, Arabi MM, Hosseini H, Abadi MJ, et al. Reproductive health service centers for youth in Iran. Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research. 2010; 7(4): 1-10. [Persian]

13. Child rights clinics and the attached protocls. Tehran: Hoghooghi Publications; 2022. [Persian]

14. Legal Deputy of the Presidential Center. Iran Charter of Citizenship Rights. Tehran: Deputy for compiling, revising and publishing laws and regulations; 2016. Available at: https://www.dlp.msrt.ir/file/download/regulation/1497687205-.pdf.

15. Islamic Parliament Research Centre of Iran. Children and Adolescents Protection Law. 2020; Available at: https://www.rc.majlis.ir/fa/law/show/1554444. [Persian]

16. Akrami F, Zali A, Abbasi M. Entanglement of the Rights of the Child, Well-Being and Justice: A Conceptual Framework for Child Protection and Well-Being. International Journal of Medical Toxicology and Forensic Medicine. 2022; 12(2): 36827.

17. Minimum standards for child protection in humanitarian action. 2019. Available at: https://www.emergency.unhcr.org/entry/80339/minimum-standards-for-child-protection-in-humanitarian-action.

18. Akrami F, Zali A, Abbasi M. An Islamic bioethics framework to justify the at-risk adolescents' regulations on access to key reproductive health services. Asian Bioethics Review. 2022; 14(3): 225-235.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-12]

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.